

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ЖЕЛУДКА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ (ТРИХОБЕЗОАР)

LARGE ALIEN OBJECT OF STOMACH (TRICHOBESOAR)

Закутаева Л.Ю.
Северинов Д.А.
Костина И.С.
Гаврилюк В.П.

доктор медицинских наук

Zakutaeva L.Yu.
Severinov D.A.
Kostina I.S.
Gavrilyuk V.P.

Doctor of Medical Sciences

Курский государственный медицинский университет

Kursk State Medical University

Резюме

Наиболее часто в детской практике среди случаев обращения детей с инородными телами ЖКТ встречаются трихобезоары, которые могут быть образованы волосами животного, волосами пациента, шерстью одежды или одеяла, волосами кукол и других игрушек. В данной работе представлен клинический случай, наглядно демонстрирующий сложности диагностики и тяжесть состояния таких пациентов.

Ключевые слова: дети, трихобезоар, кишечная непроходимость, желудок.

Summary

Most often in children's practice, among cases of children handling foreign GI bodies, there are trichobezoars, which can be formed by animal hair, patient hair, wool of clothes or blankets, hair of dolls and other toys. This paper presents a clinical case that clearly demonstrates the complexities of diagnosis and the severity of the condition of such patients.

Key words: children, trichobezoar, intestinal obstruction, stomach.

Библиографическая ссылка на статью

Закутаева Л.Ю., Северинов Д.А., Костина И.С., Гаврилюк В.П.
Инородное тело желудка больших размеров (трихобезоар) // Innova. - 2021. - № 2 (23). - С. 25-27.

References to the article

Zakutaeva L.Yu., Severinov D.A., Kostina I.S., Gavrilyuk V.P.
Large alien object of stomach (trichobezoar) // Innova. - 2021. - No. 2 (23). - P. 25-27.

DOI:

[10.21626/innova/2021.2/06](https://doi.org/10.21626/innova/2021.2/06)

Введение. Безоар – это инородное тело желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), образующееся из проглоченных не перевариваемых веществ, частиц пищи и слизи. Впервые в отечественной литературе трихобезоар желудка описан в работах В.В. Мыш, который столкнулся с «волосяной опухолью» весом 2800 г.

По классификации Ш.А. Гулордавы и А.С. Кофкина (1969 г.) безоары желудка и кишечника можно разделить на группы [4]: трихобезоары, или волосяные шары: образуются в результате заглатывания волос, встречаются чаще у женщин и девочек, имеющих привычку жевать волосы, особенно у лиц с неполноценной психикой [5], фитобезоары, или безоары растительного происхождения (их основа – растительная клетчатка): формируются в желудке в результате употребления в пищу

больших количеств хурмы, дикой груши, кедровых орехов [1], стибо(себо)безоары – безоары животного происхождения: возникают в желудке под воздействием холодной воды после принятого

в большом количестве говяжьего или бараньего жира [3], безоары органического происхождения: образуются в желудке при заглатывании некоторых лекарственных веществ, столярной политуры, при минерализации сгустка крови в просвете желудка, безоары эмбрионального происхождения: формируются из дермоидной кисты желудка (в том числе и мекониевые камни), полибезоары – безоары смешанного происхождения.

Наиболее частов детской практике встречается – трихобезоар, который может быть образован волосами животного, волосами пациента, шерстью одежды или одеяла,

волосами кукол и других игрушек. В результате в желудке ребенка образуется «волосая псевдоопухоль», состоящая из склеенных и переплетенных волос с пищевыми массами и слизью. К факторам риска образования трихобезоара можно отнести аномалию строения ЖКТ, что способствует замедлению пассажа пищевых масс [2].

Диагностика трихобезоара крайне затруднена, диагноз устанавливается на основании совокупности данных: жалоб и анамнеза заболевания (потеря в весе, рвота), физикальных данных (пальпируемое в эригастральной области опухолевидное образование, признаки частичной непроходимости на уровне желудка или двенадцатиперстной кишки), ультразвукового, эндоскопического и рентгеноскопического исследований (визуализируется объемное образование, признаки непроходимости ЖКТ). Дооперационная диагностика крайне тяжела, обычно в качестве предварительного диагноза выставляется кишечная непроходимость или острый аппендицит. К осложнениям относится – кишечная непроходимость, флегмона, изъязвления, пролежень слизистой, перфорация кишечной стенки, перитонит. Удаление трихобезоаров проводится хирургическим или эндоскопическим способами в зависимости от локализации и его размеров [1, 5].

Клинический случай. Ребенок Ж., 4 года, доставлен в Курскую областную детскую больницу № 2 бригадой скорой медицинской помощи в детское хирургическое отделение в тяжелом состоянии с диагнозом: Объемное образование брюшной полости. Асцит. Из анамнеза заболевания: со слов мамы около 2-х месяцев до обращения ребенка начали беспокоить боли в животе. Обратились в поликлинику по месту жительства, осмотрена педиатром, выполнялось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, при котором патологии не обнаружено. В динамике боли в животе сохранялись с нарастанием в динамике, появилась бледность кожных покровов. По тяжести состояния девочка госпитализирована в отделение реанимации. Состояние ребенка при поступлении очень тяжелое. Обращает на себя внимание вялость, адинамия. Кожные покровы бледные, чистые, отмечается мраморность. Выражены явления гипотрофии – подкожная жировая клетчатка практически отсутствует. Дыхание в легких проводится во все отделы, хрипов не слышно, самостоятельное, без кислородной поддержки. Частота дыхательных движений – 52 в мин. Тоны

сердца приглушены, частота сердечных сокращений – 91-123 в мин., артериальное давление – 107/71 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах за счет плотного образования в проекции желудка и двенадцатиперстной кишки. При обследовании выявлено образование брюшной полости больших размеров и анемия тяжелой степени (гемоглобин 25 г/л, эритроциты $1,1 \times 10^{12}/л$). Для восполнения объема циркулирующих эритроцитов дважды проведена трансфузия эритроцитарной массы.

Ребенку проведено обследование: ультразвуковое сканирование органов брюшной полости: печень увеличена: правая доля 100 мм, левая доля 40 мм, периваскулярная реакция. Поджелудочная железа не визуализируется. Селезенка отдалена, 79 мм × 27 мм, нерезко увеличена, периваскулярная реакция. Почки правая 74 мм × 33 мм, левая – 80 мм × 34 мм, контуры ровные и четкие, чашечно-лоханочная система не расширена, кортико-медуллярная дифференциация четкая, экзогенность обеих почек повышена. Выпот в малом тазу до 40 мм и по боковым каналам толщиной до 10 мм. В брюшной полости, преимущественно слева, предположительно в проекции желудка определяется массивное образование (достоверно определить размеры не представляется возможным), распространяется от левого подреберья и эпигастрия до малого таза. Размеры более 60 мм × 140 мм × 100 мм, костной плотности. Вдоль контура образования прослеживается стенка полого органа, предположительно желудка. Тонкий кишечник смещен вправо, активно перистальтирует.

Рентгенография брюшной полости: свободного газа не выявлено, пневматизация повышена в верхнем и среднем этажах брюшной полости. Слева определяются мелкие единичные уровни жидкости. В нижних отделах пневматизация кишечника резко снижена.

Фиброгастродуоденоскопия: трихобезоар желудка больших размеров.

Компьютерная томограмма брюшной полости: визуализирован трихобезоар желудка больших размеров.

Ребенок консультирован онкологом: данных за онкологическую патологию выявлено не было.

Учитывая жалобы, анамнез, клинические, лабораторные и инструментальные данные, поставлен предварительный диагноз: Объемное образование брюшной полости? Трихобезоар желудка больших размеров? Высокая кишечная непроходимость? Анемия тяжелой степени

смешанного генеза. Белково-энергетическая недостаточность.

Ребенку показано срочное оперативное вмешательство – поперечная лапаротомия, гастротомия, извлечение инородного тела, ушивание дефекта поперечно-ободочной кишки, аппендэктомия. Под эндотрахеальным наркозом после обработки операционного поля стандартным способом выполнена поперечная лапаротомия слева. При вскрытии брюшной полости в рану выделилось около 100 мл серозного выпота, осушен. В стенке поперечной кишки отмечается полнослойный дефект по типу пролежня размерами 1,0 см × 0,7 см. Выполнено ушивание дефекта двурядным узловым швом. Желудок больших размеров, в просвете определяется инородное тело высокой плотности больших размеров (до 10 см × 25 см), занимающее весь его просвет и распространяющееся в двенадцатиперстную кишку. Произведена поперечная гастротомия по передней стенке желудка длиной до 8,0 см, стенки желудка выражено отечны, утолщены до 7,0-8,0 мм. С техническими сложностями произведено извлечение инородного тела. Последнее представляет собой трихобезоар размерами примерно 10,0 см × 12,0 см. В желудок установлен зонд Ch 14. Рана желудка ушита двурядным узловым швом. При дальнейшей ревизии обращает на себя внимание червеобразный отросток, стенки его резко инъецированы сосудами, напряжены. Произведена типичная аппендэктомия. Послойное ушивание раны. Для продолжения интенсивной терапии ребенок переведен в отделение реанимации.

Диагноз после операции: Трихобезоар желудка больших размеров. Высокая кишечная непроходимость. Вторичный аппендицит. Анемия смешанного генеза тяжелой степени. Белково-энергетическая недостаточность.

Послеоперационный период протекал благоприятно. Энтеральное кормление с 6-х

суток. На 9-е сутки ребенок в удовлетворительном состоянии выписан, рана зажила первичным натяжением.

Заключение. Трихобезоар у детей проявляются со временем в связи с незаметным увеличением объема инородного тела в желудке, клинически проявляется диспептическими расстройствами, симптомами высокой желудочно-дуоденальной или тонкокишечной непроходимости, пальпируемого опухолевидного образования в эпигастральной области. Для диагностики необходимости использовать ультразвуковое исследование органов брюшной полости, для подтверждения диагноза обязательно выполнение фиброгастродуоденоскопии. При выполнении операции по удалению трихобезоаров обязательно тщательный осмотр желудка и тонкой кишки на всем протяжении.

Литература.

1. Бебуришвили, А.Г. Инородные тела желудочно-кишечного тракта: учебно-методическое пособие для врачей интернов, клинических ординаторов, хирургов и эндоскопистов / А.Г. Бебуришвили, В.В. Мандриков, А.Н. Акинчиц. – Волгоград: ВолГМУ, 2007. – 33 с.
2. Безоар желудка у ребенка / А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов, А.Х. Одилов [и др.] // Детская хирургия. – 2004. – № 3. – С. 51-52.
3. Возможности диагностики безоаров у детей / В.Г. Сапожников, В.А. Куликов, В.А. Шабалин, В.П. Белозеров // Рос. пед. журнал. – 2001. – № 4. – С. 51-53.
4. Гулордава, Ш.А. Инородные тела желудочно-кишечного тракта: монография / Ш.А. Гулордава, А.С. Кофкин. – Таллин: Валгус, 1969. – 168 с.
5. Курыгина, А. Безоары желудка и их осложнения / А. Курыгина, Ю. Стойко, С. Багненко. – URL: <http://www.medactiv.ru/ysurg/gastro-060009.shtml> (Дата обращения 16.01.2015).